



## Accuratezza della colonscopia virtuale

**Data** 27 maggio 2009  
**Categoria** gastroenterologia

In uno studio la colonscopia virtuale è stata in grado di identificare il 90% dei casi di adenomi o cancri del colon con diametro superiori a 10 mm.

In questo studio sono stati arruolati 2600 adulti asintomatici (età  $\geq 50$  anni), sottoposti a TAC del colon dopo adeguata preparazione dell'intestino. I soggetti sono stati inoltre controllati con colonscopia ottica ed esame istologico quando necessario. I dati completi furono disponibili per il 97% dei partecipanti. La sensibilità della colonscopia virtuale per la diagnosi di cancri e adenomi di grandi dimensioni ( $> 10$  mm di diametro) risultò essere del 90%, la specificità dell'86%, il valore predittivo positivo del 23% e quello negativo del 99%. L'area sotto la curva ROC fu di 0,89.

La sensibilità nello svelare polipi di diametro superiore a 6 mm fu del 78%.

Gli autori concludono che la colonscopia virtuale, nel loro studio, è stata in grado di identificare il 90% degli adenomi o dei cancri con diametro superiore a 10 mm.

### Fonte:

Johnson CD et al. Accuracy of CT Colonography for Detection of Large Adenomas and Cancers  
N Engl J Med 2008 Sept 18; 359:1207-1217

### Commento di Renato Rossi

Ci sembra che questo studio non aggiunga nulla di realmente nuovo a quanto già si sapeva sulla performance della colonscopia virtuale. Come si è già scritto, questa metodica presenta alcune criticità: necessità di eseguire la preparazione del colon come per la colonscopia ottica, necessità di eseguire comunque una colonscopia ottica in caso si riscontrino una lesione, vuoi per asportarla vuoi per biopsiarla, necessità di preparare un numero adeguato di radiologi in grado di interpretare l'esame con sufficiente sicurezza, minor performance rispetto alla colonscopia ottica, elevata esposizione dei pazienti a radiazioni ionizzanti in caso di screening ripetuto. Nonostante varie linee guida affermino che anche la colonscopia virtuale può essere proposta come mezzo di screening, ci sembra che queste criticità siano tutt'altro che trascurabili. In questa sede preme sottolineare che lo studio di Johnson e collaboratori ha mostrato una specificità inferiore a quella evidenziata in studi analoghi, seppur di dimensioni più ridotte. Sulla base dei dati forniti dagli autori abbiamo calcolato la prevalenza delle lesioni di dimensioni  $> 10$  mm, che è stata, nella popolazione esaminata, del 4,5% circa. Questo significa che su 1000 soggetti sottoposti a colonscopia virtuale ci saranno 45 malati e 955 sani. Sui pazienti sani l'esame radiologico sarà negativo in 821, ma sarà falsamente positivo in 134. Questi soggetti dovranno sottoporsi a colonscopia ottica con particolare attenzione e l'endoscopista sarà costretto ad un esame molto minuzioso per poter escludere con ragionevole sicurezza la presenza della lesione segnalata alla TAC. Ciò comporta inevitabilmente un aumento dei costi, dello stress per il paziente e delle complicanze endoscopiche, sempre possibili e talora gravi anche in mani esperte. Senza contare che anche in presenza di un esame endoscopico negativo il medico (o il paziente) potrebbe essere indotto a richiedere una nuova TAC del colon, magari in un altro centro, da confrontare con quella risultata falsamente positiva. Insomma, a nostro avviso, è ancora presto per ritenere la colonscopia virtuale una scelta di prima linea nello screening del cancro del colon, potrebbe invece essere una buona alternativa nei soggetti che non vogliono o non possono sottoporsi all'endoscopia.

Per quanto riguarda i concetti di sensibilità, specificità valore predittivo positivo, valore predittivo negativo e curva ROC si rimanda alle relative pillole.

### Referenze

1. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3537>
2. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=1572>
3. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3363>
4. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3361>